

令和●年●月●日

提出期間：5月1日～受講申込期限の10日前

提出書類：申請書(様式第1号)及び主任介護支援専門員研修又は更新研修修了証書の写し

提出方法：高松市地域包括支援センターへ持参又は郵送

提出先住所：〒760-0074 高松市桜町一丁目9番12号
高松市地域包括支援センター(野口・河野)申請者 住所 高松市●●町●●番地●●
氏名 高松 花子

申請書

下記について、令和●年度主任介護支援専門員更新研修受講要件に該当する者として推薦いただくようお願いします。

氏名	高松 花子	
介護支援専門員登録番号	●●●●●●●●	
現勤務先	事業所名	●●●居宅介護支援事業所
	介護保険事業所番号	●●●●●●●●
	所在地	高松市●●町●●番地●●
	電話番号	(087) ●●●-●●●●●
推薦基準 (該当する項目に○印、2に該当する場合は直近の任期を記載)	1	高松市地域包括支援センターが開催する研修の企画、講師及びファシリテーター等の役割を務めた実績がある
	2	高松市指定居宅介護支援事業者連絡協議会の理事又は研修委員会企画運営チームとして、主任介護支援専門員を対象とした研修の企画及び運営を行った実績がある
		直近の任期(令和●年●月～令和●年●月)
具体的な活動内容 (研修名、開催年月日、研修内容、務めた役割等)	研修名：リーダー職員研修会 開催年月日・研修内容： 令和●年●月●日「災害時ケアプラン～平時から整える」 令和●年●月●日「『家族を支援する』ということ」 務めた役割：理事として、研修の企画及び運営を行った。	

※推薦基準2に該当する場合、高松市地域包括支援センターが、高松市指定居宅介護支援事業者連絡協議会に対し、活動内容の書類(事業報告、役員名簿、定例会の出席回数分かる書類等)を求めることについて同意します。

推薦の可否については、申請者の住所へ郵送します。